



**Autorización para divulgar información protegida de la salud (IPS)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Solicito que \_\_\_\_\_ (centro médico) divulgue mi información protegida de la salud (IPS) a:**

Nombre del receptor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax (profesional de la salud solamente): \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida (IPS) de mi expediente médico:**

- Expediente médico completo (todas las páginas)
- Reporte(s) de radiología
- Registro de la sala de emergencias:
- Resumen (incluyendo historial e informes de exámenes físicos, de cirugía, consultas, resúmenes de alta, resultados de laboratorio, radiología y otros estudios de diagnóstico significativos)
- Otros: \_\_\_\_\_
- Reporte(s) de laboratorio
- Registro de vacunación
- Registro(s) de facturación

Entiendo que la información en mi expediente de salud podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, servicios de salud mental y tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

**Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue/obtenga esta información:**

- |  |                             |                             |               |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| Datos de abuso de alcohol, drogas o sustancias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fechas: _____ |
| Pruebas de VIH y resultados                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fechas: _____ |
| Expedientes de salud mental                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fechas: _____ |
| Notas de psicoterapia                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fechas: _____ |
| Registros genéticos                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fechas: _____ |

**Cubriendo el período de atención médica (fechas específicas):**

Desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_   Todas las consultas o intervenciones pasadas, presentes y futuras



**Motivo de la solicitud de información:**

- Personal     Continuación de la atención     Seguro     Legal  
 Otros: (Especifique el motivo) \_\_\_\_\_

**Formato de divulgación (se imprimirá si no está marcado):**

- Servicio postal     Fax     Formato electrónico  
Indique su preferencia:     CD     Memoria USB

**Costo de la divulgación de Información Protegida de la Salud**

\$ \_\_\_\_\_

Entiendo que Prima Medical Foundation puede usar y divulgar mi información protegida de la salud para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención de la salud o como se indica en esta autorización para divulgar IPS. Hay información adicional sobre los usos y las divulgaciones de IPS en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Un paciente tiene derecho a estudiar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar esta autorización. Un paciente tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y las divulgaciones de información protegida de la salud. Sin embargo, la organización no está obligada a acceder a la solicitud de restricciones del paciente. Puedo revocar esta autorización para la divulgación de IPS por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones. Entiendo que estos registros están protegidos por la ley federal y estatal y no pueden divulgarse sin mi autorización previa, a menos que la ley disponga otra cosa. Entiendo que las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a cuotas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales. Si no especifico una fecha de expiración, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha de hoy. Después de leer la información anterior, por este medio EXONERO, MANTENDRÉ INDEMNEMENTO, Y ACUERDO NO DEMANDAR a la organización, sus empleados, su personal y sus agentes ante la divulgación de la información establecida en relación con estos registros médicos.

*La información médica adjunta perteneciente al paciente mencionado es confidencial y privilegiada por la ley. La organización la ha facilitado al receptor mencionado de conformidad con lo autorizado por el paciente. El receptor no podrá volver a divulgar la información sin el consentimiento expreso del paciente o según lo autorice la ley.*

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y apellido del paciente (letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/padre o madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de expiración**

\_\_\_\_\_  
**Si el paciente es menor de edad, relación**